Synpunkter eller klagomål på vården

**Du kan även göra en**

**anmälan på 1177!**

Logga in med e-legitimation. Gå till ”Regionen rekommenderar” och ”Lämna synpunkter och klagomål hos Patientnämnden”

När du kontaktar oss med dina synpunkter eller klagomål hjälper du oss att

bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och att verksamheten

anpassas efter patienternas behov och förutsättningar.

Du bidrar genom dina synpunkter till att förändra och förbättra vår vård,

så att andra inte drabbas på samma sätt. Det är därför dina synpunkter

eller klagomål till oss är så viktiga!

Denna blankett kan också fyllas i av en närstående. Fullmakt behövs om

det är någon annan än patienten som är uppgiftslämnare.

**Patientens uppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| **Förnamn** | **Efternamn** |
| **Personnummer** | **E-post** |
| **Adress** | **Ev c/o adress** |
| **Postnummer och postadress** | |
| **Telefonnummer 1** | **Telefonnummer 2** |
| **Ange ungefärlig tid för händelsen** | |
| **År/Månad/Dag** | |
| **Underskrift** | |
| **Patientens eller vårdnadshavarens/vårdnadshavarnas namnteckning. Alternativt ombudets/god mans namnteckning (fullmakt ska bifogas) eller förvaltarens namnteckning (tingsrättens beslut ska bifogas).** | |
| **Namnförtydligande** | **Datum** |

*För att kunna fullgöra Rädda Barnens rättsliga förpliktelse behöver vi registrera och lagra de personuppgifter du lämnar i blanketten. Rädda Barnen är personuppgiftsansvarig. Läs mer på vår webbplats eller kontakta oss för mer information.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Skicka din blankett till:**  **Rädda Barnen**  **Malinamottagningarna**  **107 88 Stockholm** | **Tfn:** 08-698 94 00  **E-post:**  [info.malinamottagning@rb.se](mailto:info.malinamottagning@rb.se)  *(tänk på att inte skicka känslig information via e-post)* |

**Fortsätt på nästa sida**

**Vad har hänt?**

|  |
| --- |
| • Vad blev fel? Beskriv kortfattat vad som hände.  • Skriv gärna de frågor som du skulle vilja ha svar på från oss.  • Har du förslag till förbättringar (till exempel i form av en ny tjänst eller annan lösning) som skulle kunna förbättra din och andra patienters situation? |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

*Om du inte får plats med beskrivningen av ditt ärende här kan du fortsätta på ett löst blad som du bifogar blanketten.*